

Grossesse et complications périnéales de l'accouchement chez la neurologique

Xavier Deffieux

Chirurgie Gynécologique
Hôpital Antoine Bécclère, Clamart
Université Paris Sud

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Problématique

La pathologie neurologique augmente-elle les complications de la grossesse ?
...RCIU, pré-éclampsie



Complications périnéales de la grossesse et de l'accouchement chez la neurologique ?

Comment faire accoucher les neurologiques ?

Modifications et lésions induites par la grossesse et l'accouchement

Modifications et lésions induites par la grossesse

Augmentation pression abdominale (temporaire) (physiologique et surpoids)

- Incontinence urinaire à l'effort
- Incontinence anale

Modifications tissulaires (sphincters, muscles, ligaments, fascias)

- Amyotrophie du levator ani
- Prolapsus génital
- Hypermobilité cervico-urétrale

Modifications du collagène en cours de grossesse (travaux contradictoires)

[Tincello, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002] [Chailha, Obstet Gynecol 1999]

Modifications et lésions induites par la grossesse

Déchirure périnéale

(vagin (I), peau (II), sphincter anal (III), muqueuse anorectale (IV))

- Dyspareunies
- Douleurs périnéales chroniques
- Béance vulvaire
- Incontinence fécale

Étiement des fibres nerveuses pelvi-périnéales...arrachement

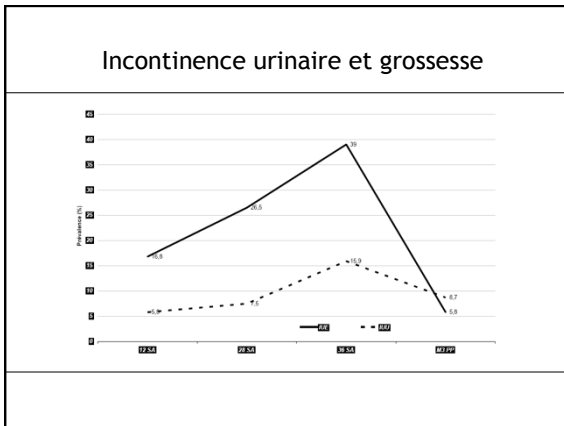
- Diminution de la sensibilité périnéale...altération sexualité
- Dénervation et amyotrophie du sphincter strié urétral...IUE
- Dénervation et amyotrophie du levator ani...béance vaginale
- Dénervation vésicale...dysurie (vessie périphérique acontractile)

IU du post-partum : facteurs de risque

Facteurs de risques d'incontinence urinaire du post-partum

- âge maternel > 35 ans ou < 22 ans NP1
- incontinence urinaire pré-existante NP1
- surpoids (IMC > 25 ou 30 kg/m2) NP1
- tabac, café, thé : aucune étude en cours de grossesse

Chez les femmes qui ont accouché une fois par voie vaginale un nouvel accouchement n'augmente pas le risque d'IU à 4 ans (NP2)



Prévention de l'incontinence urinaire du post-partum

Extraction instrumentale (ventouse et forceps)
 Étude de cohorte (n=949)
 Eason et al, BMC Pregnancy Child, 2004

La réalisation d'une extraction instrumentale n'est pas corrélée au risque de voir apparaître ou persister une IU à 3 mois du post-partum

Table 2: Risk factors for any urinary incontinence three months postpartum

Risk factors	N	Risk (%)	Crude OR	95% CI	Aj. OR*	95% CI
Type of delivery						
Spontaneous	682	33	1.00	-	1.00	-
Vacuum	79	35	1.11	0.68, 1.80	1.27	0.74, 2.19
Forceps	74	37	1.16	0.70, 1.91	1.73	0.96, 3.12

Prévention de l'incontinence urinaire du post-partum

Épisiotomie
 Essai randomisé (NP2)
 Murphy et al, BJOG, 2008

Population : femmes nécessitant une extraction instrumentale
 Une épisiotomie systématique ne diminue pas la prévalence de l'IU du PP

	Vacuum delivery (n = 47)			Forceps delivery (n = 128)		
	Routine (n = 24)	Restrictive (n = 23)	OR (95% CI)	Routine (n = 61)	Restrictive (n = 67)	OR (95% CI)
Episiotomy performed, n (%)	21 (87.5)	4 (17.4)		58 (95.1)	43 (64.2)	
Urinary incontinence, n (%)	0 (0)	0 (0)		2 (3.3)	4 (6.0)	0.53 (0.09-3.02)

Prévention de l'incontinence urinaire du post-partum

Anesthésie péridurale et pudendale
 Pas de corrélation avec le risque d'IU du post-partum (cohorte)

Position d'accouchement
 Pas de corrélation avec le risque d'IU du post-partum (cas témoin)

Entraînement aux efforts expulsifs
 Pas de corrélation avec le risque d'IU du post-partum (essai randomisé)

Prévention de l'incontinence urinaire du post-partum

Massages périnéaux
 3ème trimestre
 Essai randomisé (NP2)
 Labrecque et al, 2000

...pas d'effet

Perineal symptoms	No previous vaginal birth		Previous vaginal birth	
	Massage (%)	Control (%)	Massage (%)	Control (%)
Perineal pain*	n = 274	n = 281	n = 186	n = 190
None	81.2	78.3	91.8	85.8
Mild	15.0	19.4	5.9	12.6
Moderate to severe	1.8	2.1	0.5	1.6
Second-episode incontinence†	n = 289	n = 256	n = 170	n = 176
None	88.0	88.9	90.9	92.9
Mild	37.9	36.0	47.5	44.5
Moderate to severe	32.9	34.8	23.5	22.1
Sexual satisfaction	n = 273	n = 279	n = 184	n = 185
Very satisfied	29.2	29.3	30	4.1
Satisfied	26.0	23.7	32.6	34.6
Somewhat dissatisfied	48.4	48.8	32.7	45.2
Very dissatisfied	20.5	21.9	12.5	14.1
Not satisfied	5.1	5.7	2.2	2.2
Partner's sexual satisfaction	n = 270	n = 278	n = 184	n = 184
Very satisfied	29.6	25.5	31.8	30.9
Satisfied	46.3	51.1	48.4	50.9
Somewhat dissatisfied	19.8	18.6	13.8	10.9
Very dissatisfied	4.4	4.6	4.4	4.4
Urinary incontinence	n = 283	n = 289	n = 187	n = 190
None	72.5	71.9	86.3	84.1
Less than once a day	24.0	26.3	30.0	35.8
Once a day or more	2.5	1.4	3.7	2.2
Perineal pain	n = 276	n = 280	n = 189	n = 190
None	72.4	76.5	72.9	74.2
Less than once a day	23.1	20.8	24.1	24.7
Once a day or more	1.8	1.8	2.7	1.1

Prévention de l'incontinence urinaire du post-partum

Césarienne

À court terme, l'accouchement par césarienne est associé à une moindre prévalence et à une moindre incidence de l'IU postnatale (NP2)

À long terme, les données sont insuffisantes pour conclure (NP2)

Auteurs	Revue	Année	vole basse versus nullipare (IUE)	césarienne versus nullipare (IUE)	césarienne versus vole basse (IUE)
Hojberg et al.	BJOG	1999	5,7 (3,9-8,3)	1,3 (0,4-4,3)	NE
Viktrup	Am J Obstet Gynecol	2008	NE	NE	NE
Viktrup	NeuroUrol Urodyn	2002	NE	NE	NE
Eason et al.	BMC Preg Child	2004	NE	NE	0,27 (0,14 - 0,50)
Rortveit et al.	NEJM	2003	3,0 (2,5-3,5)	1,4 (1,0-2,0)	0,41 (0,58-0,31)

Prévention de l'incontinence urinaire du post-partum

Césarienne

La réalisation d'une césarienne en cours de travail ne diminue pas le risque de voir apparaître ou persister une IU à court ou long terme (NP2)

Une césarienne programmée systématique à terme en cas de siège ne diminue pas le risque d'IUE à 2 ans de l'accouchement (NP2)

La césarienne programmée n'est pas une méthode de prévention recommandée de l'IU postnatale, y compris chez les femmes « à risque »

Troubles sexualité post-partum

Dyspareunies

Prévalence de 20-50% à 2-3 mois ... 10-20% à 6 mois

Déchirure périnéale simple retarde reprise des rapports

Périnée complet = sur-risque de dyspareunies à long terme [Baud, IJG 2011]

Rôle protecteur de la césarienne ?

Auteur	Intervention	Population	Issue du post-partum	RR (C 95 %)
Hannah et al 2002 [26] 2004 [27]	Césarienne systématique	1596	Incontinence urinaire d'effort 3 mois après	0,6 (0,4-0,9)
	vs intervention de voie vaginale	917	Incontinence urinaire d'effort 24 mois après	0,8 (0,6-1,1)
Essai randomisé pour la présentation du siège à terme		1596	Incontinence fécale 3 mois après	0,5 (0,3-1,6)
		917	Incontinence fécale 24 mois après	1,1 (0,5-2,6)
		1596	Dyspareunie 3 mois après	0,9 (0,7-1,1)
		917	Dyspareunie 24 mois après	1,0 (0,7-1,6)

[Hannah, AmJOG 2004]

Incontinence anale

Incontinence anale

Epidémiologie

[PRIMA study, Obstet Gynecol 2005]

1219 primipares interrogées

3 mois post-partum

	Déchirure périnéale			
	0/I	II	III/IV	CS
	N=313	N=671	N=81	N=154
Incontinence anale	8%	15%	19%	8%
Incontinence urinaire	10%	12%	12%	5%
Douleurs périnéales	4%	7%	7%	1%
Dyspareunie	27%	41%	54%	29%

Périnée complet = sur-risque d'IA et de dyspareunies à court terme ... et à long terme (6 ans) [Baud, IJG 2011]

Incontinence anale

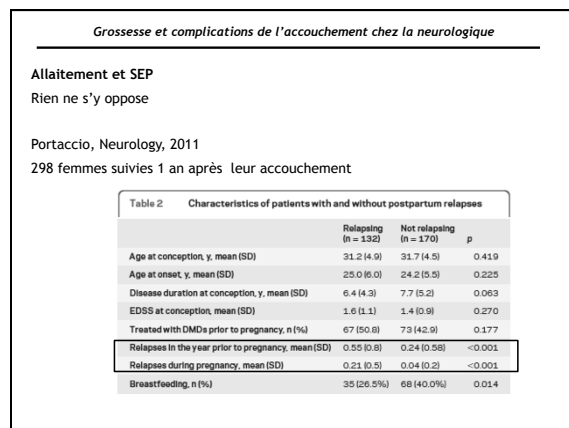
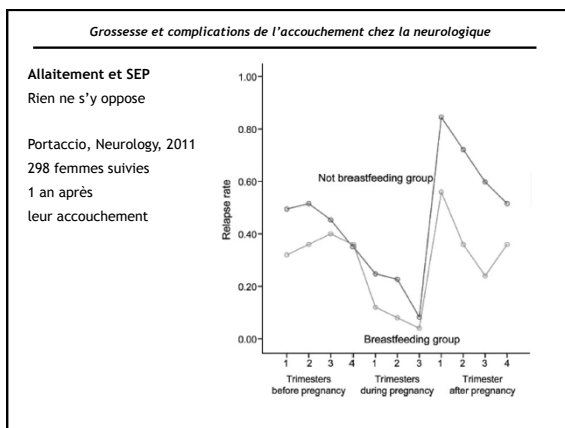
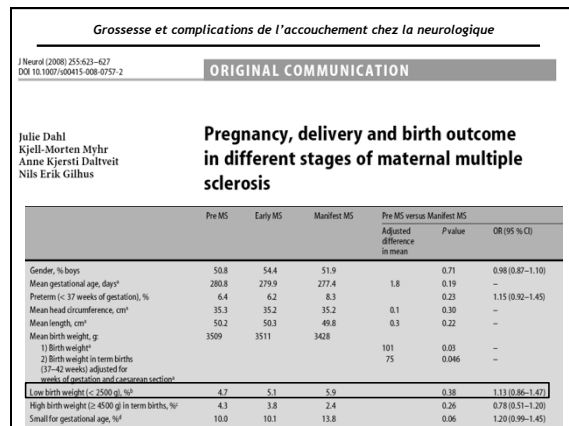
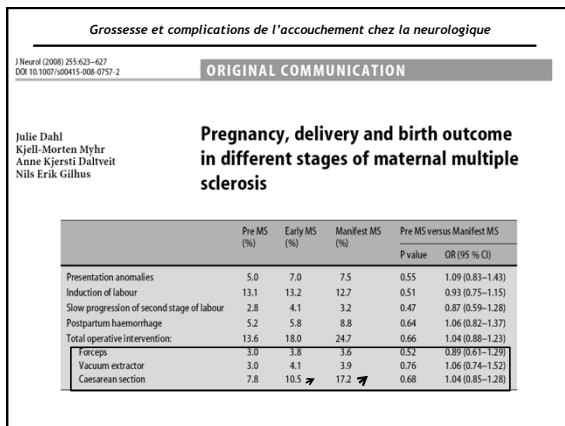
Une politique d'épisiotomie systématique diminue-t-elle le risque de périnée complet ?

Incontinence anale

Essais randomisés

Argentine Episiotomy Trial (Lancet 1993;342:1517)

	Restrictive	Routine	RR
Episio ML	30%	83%	
Périnée complet	1.2% 15/1308	1.5% 19/1298	ns
Déchirure antérieure	19% 230/1197	8% 101/1239	2.4 (1.9-2.9)



Allaitement et incontinence urinaire

L'allaitement, même prolongé (> 6 mois) n'a pas d'effet délétère à long terme sur le risque d'incontinence urinaire, que la femme soit continente ou incontinente pendant la grossesse et le post-partum (NP2)

Risk factor	Risk factor categories	Cohort group 1		Cohort group 2			
		N	% with UI	FR (95% CI)	N	% with UI	RR (95% CI)
Breastfeeding > 6 mo after first delivery	Yes	51	28	1.4 (0.8–2.3)	30	50	1.5 (1.0–2.1)
	No	80	38		66	72	
Breastfeeding > 6 mo after second deliver	Yes	41	34	1.1 (0.6–1.8)	26	54	1.2 (0.8–1.9)
	No						

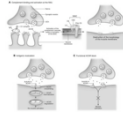
Conséquences de la grossesse et de l'accouchement chez la femme atteinte de myasthénie

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Myasthénie et grossesse

Influence de la myasthénie sur la fertilité

La fertilité des femmes myasthéniques est normale.
Le taux de FCS est comparable à la population générale.



Influence de la grossesse sur la myasthénie

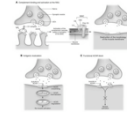
Elle est variable et imprévisible.
30% des patientes seront stables.
30% seront améliorées pendant leur grossesse.
40% aggraveront leur symptomatologie myasthénique au cours de la grossesse (surtout au premier trimestre et dans le post partum).

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Myasthénie et grossesse

Accouchement des femmes myasthéniques

Contractilité utérine (muscle lisse) normale
La durée du travail est donc normale
Pas de césarienne systématique ++
40% des césariennes s'accompagnent de poussée sévère du fait du stress, de la fatigue, des drogues anesthésiques, de l'arrêt du traitement et des douleurs post opératoires.



Le traitement anticholinestérasique doit être poursuivi pendant le travail.

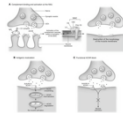
Les efforts expulsifs mettent en jeu des muscles striés donc cette phase de l'accouchement peut s'accompagner d'une faiblesse musculaire voire d'une décompensation sévère.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Myasthénie et grossesse

Anesthésie et myasthénie

Bilan pré anesthésique : ECG et EFR.



Anesthésie péridurale ou rachianesthésie.

Les anesthésiques employés doivent être de type amide : MARCAÏNE et XYLOCAÏNE

Si une anesthésie générale est nécessaire :
DIPRIVAN (propofol) ou KETALAR (kétamine)

Curares et FLUOTHANE (halothane) sont contre indiqués.

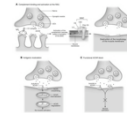
Si une intubation est nécessaire (décompensation respiratoire), les curares doivent être employés à faible dose.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Myasthénie et grossesse

Post partum

30% des patientes vont s'aggraver.
4% de mortalité (décompensation respiratoire aiguë)



Allaitement

Les Ac maternels et les traitements anticholinestérasiques passent dans le lait maternel mais les concentrations retrouvées sont très faibles et considérées comme négligeables = allaitement autorisé

Le passage des anticholinestérasiques dans le lait maternel peut entraîner des signes muscariniques chez le nouveau né : diarrhée, coliques intestinales...
L'allaitement, s'il se déroule sans complication, n'est pas facteur de décompensation de la myasthénie.

Conséquences de la grossesse et de l'accouchement chez la blessée médullaire

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Effet de la grossesse sur les blessées médullaires

Pas de problème de fertilité chez les femmes blessées médullaires
Aménorrhée de 3 à 6 mois puis fertilité revenant à l'état antérieur
Age médian de blessure médullaire (para ou tétra) : 22 ans
Age médian de grossesse (para ou tétra) : 33 ans

Nygaard et al. Obst Gyn Surv. 1990

Swift SE. Am J Obstet Gynecol 2000
Mouritsen et al. Int Urogynecol J 2007
Handa et al. Int Urogynecol J 2009

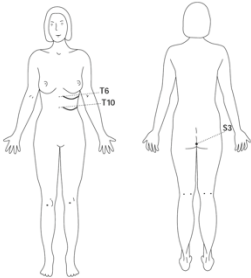
Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Niveau lésionnel T6

Les niveaux lésionnels métamériques
T6, T10 et S3 chez la femme

C'est en cas de lésion supérieure à T6 que l'on pourra observer une hyperréflexie autonome (HRA) se manifestant par des troubles neurovégétatifs.

Dans une lésion niveau T6 complète, on observe une paralysie complète des muscles abdominaux et une anesthésie en dessous de la xiphoïde.



Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

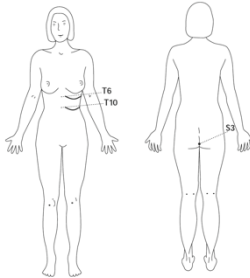
Niveau lésionnel T10

Les niveaux lésionnels métamériques
T6, T10 et S3 chez la femme

C'est le niveau de la sensibilité utérine.

En cas de lésion supérieure, la patiente n'aura pas de sensibilité viscérale utérine.

Dans une lésion T10 complète, on observe une paralysie complète des muscles abdominaux inférieurs et une anesthésie en dessous de l'ombilic.



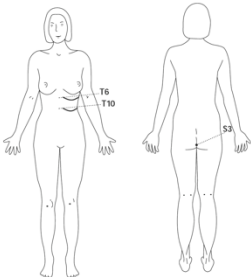
Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Niveaux lésionnels sacrés

Les niveaux lésionnels métamériques
T6, T10 et S3 chez la femme

La sensibilité périnéale, importante pour l'accouchement et le choix anesthésique, est intégrée dans la moelle sacrée.

Une anesthésie de la zone fessière et de la région péri-anale est observée à partir du niveau métamérique S3.



Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Troubles orthopédiques

Lésion neurologique → troubles neuro-orthopédiques sous-lésionnels

- * rétractions musculo-tendineuses
- * para-ostéo-arthropathies
- * constructions osseuses péri-articulaires
- * instabilités ou des luxations postérieures de hanche

→ déséquilibre de la statique du bassin

- majoration du risque d'escarre
- limitation d'amplitude articulaire

→ situation dystocique lors de l'accouchement

Un bilan neuro-orthopédique doit être réalisé avant la grossesse.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

HRA et grossesse

Syndrome dysautonomique d'hyperréflexie = hyperréflexivité autonome (HRA)
Risque si blessure médullaire au dessus de T6

Vasoconstriction réflexe dans le territoire splanchnique, entraînée par une stimulation nociceptive cutanée ou viscérale sous-lésionnelle et qui génère de manière réflexe une bradycardie.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Signes cliniques d'HRA en cours de grossesse

- Céphalées
- Transpiration abondante, pilo-érection
- Vasoconstriction sous-lésionnelle
- HTA
- Bradycardie.

Causes déclenchantes en cours de grossesse
(stimulation nociceptive sous-lésionnelle)

- rétention urinaire avec globe vésical
- infection urinaire
- constipation
- contraction utérine
- escarre sur un point d'appui, ongle d'orteil incarné

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

HRA et grossesse

Elle impose en premier la recherche d'une « épine irritative » pour corriger ce facteur déclenchant avec un examen clinique soigneux des points d'appui (ischions, talons...), les touchers pelviens, le sondage vésical évacuateur en cas de rétention.

En salle de naissance, 85 % des cas d'HRA sont consécutifs aux gestes effectués au niveau pelvien par l'équipe soignante : TV, sondage urinaires itératifs.

Il est fortement conseillé de mettre en place une sonde vésicale à ballonnet et de limiter le nombre des TV pendant le travail, de ne pas pratiquer de massage périnéal et d'éviter de distendre manuellement le périnée lors de l'expulsion.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

HRA et grossesse

Traitement d'urgence

- En salle de naissance, l'HRA doit bénéficier d'un monitoring pour éviter son installation, la détecter et la corriger à temps.
- En cas de poussée d'HRA, il faut supprimer l'épine irritative (massage périnéal inopportun...).
- Il faut placer les membres inférieurs en position déclive quand la crise survient en position couchée et verticaliser la patiente vers la position orthostatique quand la crise survient en position assise.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Anesthésie de la blessée médullaire

Hyperréflexie autonome (HRA)

Toute stimulation nociceptive en dessous de la lésion peut provoquer une décharge sympathique majeure avec une vasoconstriction intense responsable d'une hypertension artérielle sévère.

Ce phénomène est très fréquent (> 50 %) pour les lésions médullaires hautes > T6

Cependant des cas ont été décrits pour des atteintes plus basses jusqu'à T10

Hambly et Martin Anaesthesia 1998
Teasell et al. Arch Phys Med Rehabil 2000

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Anesthésie de la blessée médullaire

Anesthésie loco-régionale ++

- bloque les réponses neurovégétatives = meilleure prévention de l'HRA
- moindre retentissement sur la fonction respiratoire

Difficultés de la rachianesthésie chez la blessée médullaire

- rachis remanié par le traumatisme, et/ou la stabilisation chirurgicale
- présence de matériel d'ostéosynthèse (n'est pas une contre-indication)



Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

HRA et grossesse

Bénéfice de l'anesthésie péri-médullaire sur le système nerveux autonome

Chez les femmes tétraplégiques, chez lesquelles le caractère haut et complet de la lésion médullaire ne justifie pas de thérapeutique à visée analgésique proprement dite du fait de l'étendue de l'insensibilité sous-lésionnelle, l'analgésie péridurale permet néanmoins souvent une bonne prévention de l'HRA en salle de naissance.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Pregnancy in Women With Physical Disabilities

Caroline Signore, MD, MPH, Catherine Y. Spong, MD, Danuta Krotoski, PhD, Nancy L. Skirrow, PhD, and Sean C. Blackwell, MD

Obstet Gynecol, 2011

Maternal Condition	Data Sources	Maternal or Obstetric Outcomes	Fetal or Neonatal Outcomes
Spinal cord injury	Multicenter cross-sectional surveys Single-institution case series	Maternal: Urinary tract infection (45-50%) Autonomic dysreflexia (10-20%) Pressure ulcers (5-10%) Worsening spasticity (10-20%) Uncontrollable hypertension Obstetric: Live birth (78%) Increased cesarean delivery (20-50%) Preterm birth (20-25%) Unrecognized labor Increased antepartum admissions	Increased low birth weight
Multiple sclerosis	Multicenter prospective cohort study Population-based administrative datasets	Spontaneous abortion or stillbirth (6%) Possible increased cesarean delivery Increased antepartum admissions	Possible increased SGA

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Sonde à demeure : le mauvais choix

C'est le plus mauvais mode de drainage du bas appareil urinaire, tant pour le risque infectieux que pour le risque rénal.

La sonde vésicale laissée en place constitue un corps étranger qui génère des contractions vésicales intempestives, une hypertrophie du muscle détrusor vésical.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Infections urinaires et auto-sondages

Il faut assurer une bonne hydratation par augmentation des apports hydriques, préconiser les boissons prises en dehors des repas, faire pratiquer un ECBU de dépistage microbiologique chaque mois, et instaurer un traitement adapté au contexte.

➤ **Auto-sondages**

- La vidange vésicale par auto-sondage peut s'avérer difficile du fait du volume de l'utérus gravide.
- Avec la pratique des auto-sondages, le pourcentage de bactériuries et de leucocyturies se chiffre aux alentours de 80 %.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Auto-sondages

Afin de maîtriser les risques infectieux, il faut vérifier le respect des règles de l'auto-sondage, préconiser au moins 5 sondages répartis sur 24 heures, assurer une diurèse quotidienne de 1,5 litre avec des volumes de vidange vésicale ne dépassant 400 millilitres.

La survenue d'infections urinaires symptomatiques trop fréquentes peut inciter à augmenter la cadence nyctémérale des auto-sondages.



Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Manoeuvres de vidange vésicale

- Chez la patiente urinant de manière réflexe par percussion ou par poussée abdominale, la baisse d'efficacité des manoeuvres au 3ème trimestre peut ménager un résidu post-mictionnel inopportun, facteur de risque majeur d'infection urinaire.

- La prise en charge d'une menace sérieuse d'accouchement prématuré peut inciter à limiter les manoeuvres de vidange.

- Un monitoring échographique régulier méthodique du bas appareil urinaire chiffre le résidu pour évaluer l'efficacité de la manoeuvre mictionnelle, quitte à instaurer la pratique de l'auto-sondage en fin de grossesse.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Anticholinergiques (anti-muscariniques)

Les anticholinergiques ne sont pas tératogènes.

Des effets anticholinergiques (tachycardie, rétention urinaire, excitation) chez le nouveau né ont été décrits en cas de prescription juste avant la naissance.

Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) <http://www.lecrat.org>
Le CRAT conseille de laisser des patientes sous DITROPAN toute la grossesse à dose minimum efficace.



Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Toxine botulinique (injections intra-détrusoriennes)

AMM uniquement pour neurologiques



Données CRAT

Chez l'animal (souris, rat, lapin) : injections quotidiennes pendant S1
La toxine botulinique n'est pas tératogène et n'entraîne pas de FCS



[de Oliveira Monteiro, *Skinmed*, 2005] [Morgan et al, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2006]

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Toxine botulinique (injections intra-détrusoriennes)



Chez l'Homme : quelques *case report* + enquête USA

30 femmes traitées par toxine en cours de grossesse (connue ou non)

FCS 2/30

Accouchement prématuré 1/30

Accouchement à terme 27/30



Au total : risque lié à la toxine botulique pendant grossesse = très limité.

Les effets sur l'allaitement ne sont pas encore connus.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Diagnostic du travail

La perception de la mise en route du travail par la femme diffère selon le niveau lésionnel.

Lésion médullaire haute > T10

Anesthésie de l'utérus et des organes génitaux externes

Pas de perception directe des contractions utérines et de la dilatation du col.

La plupart des femmes peuvent cependant apprendre à évoquer les contractions utérines par des manifestations indirectes : perception de « gaz » et ballonnements, sensation de tension ou augmentation de la spasticité abdominale et/ou pelvienne, augmentation de la spasticité des membres, voire difficultés respiratoires ou apparition de signes d'HRA.

Lésion médullaire basse (< T10)

Conservation de la perception des contractions.

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Mode d'accouchement

Aucune indication neurologique à effectuer une césarienne systématique

Le périnée n'oppose que peu de résistance, en dehors des cas de contracture, et l'analgésie péridurale éventuelle favorise le relâchement

Radiopelvimétrie si un traumatisme du bassin était associé à l'accident

Une extraction instrumentale peut s'avérer nécessaire si difficultés d'expulsion

Discuter césarienne dans les cas suivants

- cavité syringomyélique
- antécédent entérocystoplastie
- sphincter artificiel en place

Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

Position d'accouchement

Vasoplégie majorée sous APD + risques d'hypoTA en décubitus dorsal (Σd cave)

Préconiser des positions de décubitus latéral ++

Prévoir potence avec un perroquet ou lianes (mobilisation si usage de membres supérieurs)

Protéger la peau

Installer la patiente en position gynéco au dernier moment



Grossesse et complications de l'accouchement chez la neurologique

